

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935. — N° 104

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TECHNIQUE DE L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE
(WERTHEIM EXCEPTÉ)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le samedi 22 décembre 1934

PAR

Armand MINGASSON

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à MAURIAC (Cantal), le 26 septembre 1911

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT professeur.....	Président.
		PAPIN, professeur.....	Juges.
		CHARRIER, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR
6, Place Saint-Christoly

1934

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935. — N° 104

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TECHNIQUE DE L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE
(WERTHEIM EXCEPTÉ)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le samedi 22 décembre 1934

PAR

Armand MINGASSON

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à MAURIAC (Cantal), le 26 septembre 1911

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT professeur.....	Président.
		PAPIN, professeur ..	Juges.
		CHARRIER, agrégé....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET. DELMAS. SUCCESSEUR
6, Place Saint-Christoly

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. GUYOT.

DOYEN HONORAIRE : M. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS,
SELLIER, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale.....	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale.....	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique.....	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUILH.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).
R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	CHARRIER.
id.....	DUFOUR.	id.....	LOUBAT.
Physiologie.....	FABRE.	Obstétrique.....	RIVIÈRE.
Médecine générale.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Physique médicale.....	WANGERMEZ.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DE GRAILLY.	Oto-rhino-laryngologie.....	DESPONS.
id.....	FONTAN.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Pharmacie chimique.....	VITTE.
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Accouchements.....	PERY.		

Ophtalmologie..... MM. CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE. — A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MON ONCLE HENRI DUTEURTRE

AUX AMIS QUE J'AI

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

*Directeur de l'Ecole Principale
du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN VILLAR

Chirurgien des hôpitaux.

Vous m'avez inspiré le sujet de cette thèse. Vous m'avez conseillé avec une bienveillance extrêmement indulgente.

J'ai toujours été très touché de la sympathie que vous m'avez accordée au cours de mes études et je garde le meilleur souvenir de vos leçons si claires à l'hôpital Boursier.

Je suis heureux de pouvoir vous témoigner toute ma reconnaissance.

A MES JUGES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de clinique chirurgicale et gynécologique
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris,
Vice-Président de la Société française de gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

En le remerciant du très grand honneur
qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant
la présidence de cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TECHNIQUE DE L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE

(WERTHEIM EXCEPTÉ)

INTRODUCTION

Dans le service de la clinique chirurgicale de M. le Professeur Guyot, M. le Docteur Villar étudie depuis quelque temps un certain nombre de modifications à apporter à la technique de l'hystérectomie totale.

Le but de cette nouvelle méthode est de faciliter l'hémostase, temps très délicat et sur lequel a le plus porté l'attention des chirurgiens.

Nous remercions M. le Professeur Guyot et M. le Docteur Villar d'avoir bien voulu nous confier le soin de décrire dans notre travail inaugural la technique qu'ils viennent tout récemment de mettre au point et qui rendra plus aisée une intervention si fréquemment et si utilement employée en gynécologie.

Nous n'aurons en vue dans cette étude que l'hystérectomie totale et nous laissons de côté l'hystérectomie élargie de Wertheim à laquelle la technique que nous décrivons ne peut s'appliquer.

CHAPITRE PREMIER

PARALLELE ENTRE TOTALE ET SUBTOTALE

La majorité des chirurgiens pratiquent le moins possible la totale, qui a la réputation d'être plus longue, plus difficile, plus dangereuse et de troubler la statique pelvienne et la vie génitale ultérieure.

Les partisans de la totale sont sans doute moins nombreux, mais leurs publications sont aussi fréquentes et aussi nourries.

Les arguments pour ou contre totale et subtotale sont sans cesse discutés. Chacun leur donne une valeur différente selon qu'il pratique l'une ou l'autre. Les articles de J.-L. Faure, défenseur de la subtotale, et de E. Forgue, partisan de la totale, n'emportent pas la conviction. Ils agissent surtout en vertu du principe d'autorité et ne convainquent entièrement que leurs disciples immédiats.

Nous résumerons le beau débat entre J.-L. Faure et E. Forgue dans la *Presse médicale*. Nous donnerons ainsi, exposés de la façon la plus judicieuse, les arguments pour ou contre la totale, avec leur valeur actuelle.

Les principaux arguments en faveur de la totale sont :

- Son utilité pour le drainage vaginal;
- La suppression d'un col altéré et fréquemment infecté;
- Elle évite la cancérisation secondaire.

Tous ces arguments peuvent être discutés.

1° L'UTILITÉ POUR LE DRAINAGE VAGINAL.

Le drainage de sécurité est motivé pour Forgue, non seulement dans les cas d'hystérectomie pour annexite, mais même dans les cas de fibromes avec infection latente (formes sub-fébriles) ou compliquées de salpingite. On se garantit ainsi contre toute infection de l'étage sous-séreux. Dans le cas de fibrome, cette évacuation de l'étage sous-péritonéal est suffisante. Ni l'excision de la muqueuse intracervicale par évidement du col après subtotale, ni le drainage vaginal par une fente pratiquée dans la partie postérieure du moignon cervical après hystérectomie supravaginale ne peuvent être comparés comme netteté ou garantie d'évacuation.

Dans les cas d'annexite, l'utilité est plus évidente, parce que les lésions suppurées des annexes peuvent être à l'origine d'une très grave infection opératoire.

Dans les suppurations pelviennes bas situées, la totale avec drain dans le vagin est sûrement l'opération de choix, et le drain vaginal peut alors, hormis le cas où la péritonisation haute est irréalisable, éviter le Mikulicz.

A cela, J.-L. Faure réplique :

« Dans tous les cas où tout drainage est inutile, comme dans l'immense majorité des fibromes et dans un très grand nombre d'annexites chroniques, l'extirpation du col est sous ce rapport superflue.

» Dans les cas sérieusement infectés, comme dans certains fibromes compliqués d'annexites ou nécroses, ou dans les annexites mal refroidies où il est commun de voir le bassin souillé de pus, alors mieux vaut un Mikulicz.

» Restent seulement les cas d'infection légère, où, si l'on croit devoir drainer par le vagin, il suffit d'inciser en arrière le col et le cul-de-sac postérieur. »

2° LA SUPPRESSION D'UN COL ALTÉRÉ OU PROFONDÉMENT INFECTÉ.

Le contenu du canal cervical des utérus fibromateux est souvent septique (plus de la moitié des cas) et les germes

présents se sont montrés fréquemment doués d'une forte virulence (strepto, bacille à type de bactérium coli). Ces microbes se trouvent non seulement dans le mucus cervical, mais dans les glandes du col. La section, passant à travers des lésions de métrite résiduelle fréquente, laisse des possibilités d'infection du moignon cervical et de suppurations qui peuvent se limiter en petites collections sous-séreuses, grâce à la péritonisation, et s'évacuer par le vagin, mais qui sont capables de créer un risque de contamination péritonéale.

E. Forgue se demande si l'on n'a pas plus de sécurité en ouvrant un vagin bien lavé et savonné et dont la surface, mise au net, a été soigneusement iodée.

Dans le cas d'annexite, pour Forgue, l'ablation du col est encore plus indiquée : « Que de fois, comme le dit Diamant-Berger, voit-on des opérées continuer à venir se faire soigner pour des pertes qui sont à peu près ce qu'elles étaient avant l'intervention. »

J.-L. Faure se déclare convaincu du contraire. Pour lui, le col guérit pour ainsi dire toujours après hystérectomie, il s'atrophie et se désinfecte spontanément. Sinon par le Filhos, le thermo, l'électro-coagulation, permettent de le guérir parfaitement. Il dit sa conviction de ce qu'on risque beaucoup plus l'infection opératoire en se livrant aux manœuvres délicates nécessitées par l'extirpation du col, qu'en le touchant d'un coup de thermo et en le laissant sur place. L'ouverture, par le péritoine pelvien, du canal cervical cautérisé lui paraît fort peu infectante.

3° LA CANCÉRISATION SECONDAIRE DU COL.

Il est des cas où le cancer se développe trop précocement sur le moignon opératoire pour qu'on puisse écarter l'hypothèse qu'il préexistait à l'état latent au moment de l'hystérectomie.

Les travaux de Sans, comme ceux de Polak, signalent l'énorme fréquence des cancers évoluant dans le courant de la première année qui suit l'opération, et la grande fréquence

(2 p. 100) d'épithéliomas du col anatomiquement reconnus après ablation totale de l'organe.

Ces cancers sont assez souvent des néoplasmes glandulaires dont le point de départ se trouve dans les cellules cylindriques de la muqueuse endo-utérine.

À cela, J.-L. Faure n'oppose aucune objection, si ce n'est que ces cas sont très rares; que la moitié de ces cas guériront, et qu'on perdrait plus de malades en faisant des totales.

Il en est de même pour les cancers tardifs; Forgue donne des statistiques américaines recueillies dans des centres anti-cancéreux et d'une interprétation difficile.

Forgue conclut à ce sujet : « La totale mérite de se classer comme intervention de choix si elle ne comporte pas un supplément de risques opératoires qui annihile et dépasse ses avantages. »

J.-L. Faure, se basant sur l'impression que lui laissent les milliers de subtotaux qu'il a faites, préfère de beaucoup les risques de la cancérisation.

CHAPITRE II

TECHNIQUE

Les adversaires de la totale lui reprochent d'être trop longue, trop hémorragique, trop septique, trop dangereuse.

Le reproche principal, c'est la difficulté de l'hémostase, aussi beaucoup de techniques ont-elles été proposées.

Lorsqu'on négligeait la ligature du tronc cervico-vaginal (technique de Walther, que nous préciserons plus loin), la section du vagin entraînait des risques d'hémorragies. Il fallait parfois, dans un champ opératoire obscurci par le sang, rechercher un à un les petits vaisseaux pour les lier.

Préférerait-on prendre le tronc cervico-vaginal dans une pince verticale (Gosset, Wiart), l'hémostase était foudroyante, mais l'opération en était allongée et l'on avait dans quelques cas des escarres vésicales dans les suites opératoires.

C'est pour éviter la ligature du tronc cervico-vaginal tout en assurant une hémostase parfaite que nous proposons cette nouvelle méthode.

Grâce au procédé que nous allons décrire, la section du vagin au ras de son insertion utérine n'est plus livrée au hasard. On pratique à vagin ouvert le pincement des commissures vaginales. Ces temps sont préparés par la pose d'une pince verticale qui ne descend pas jusqu'au vagin et qui prend uniquement les branches supérieures de la cervico-vaginale, avec l'utérine au niveau de sa crosse.

Nous allons exposer en détail la technique dont c'est là les principaux points. Nous insisterons surtout sur les points qui font l'objet de notre étude.

I. — *Préliminaires.*

Nous passons sous silence tous les temps préliminaires et initiaux (laparotomie, disposition des valves des champs, etc.).

Nous noterons deux détails importants :

1° Il est nécessaire d'ioder avec soin la muqueuse vaginale au début de l'anesthésie, afin de limiter le plus possible les chances d'infection au moment critique de l'ouverture du vagin;

2° L'utilité de lier les pédicules supérieurs le plus près possible de la pièce à enlever, afin de réserver le maximum d'étoffe pour péritoniser, et ceci dès le début de l'opération, afin de ne pas s'encombrer de pinces inutiles.

II. — *Temps spéciaux à la totale.*

A. — Section du péritoine antérieur et refoulement de la vessie.

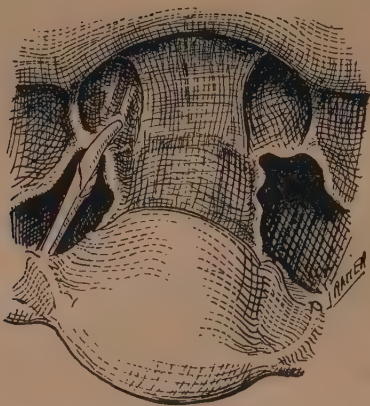
On sectionne le péritoine antérieur aux ciseaux, à la limite supérieure de la zone décollable, limite indiquée par une traînée blanchâtre. Quand la section est complète, on décolle à la compresse tout le plan de clivage intervésico-utérin. Il faut pousser le décollement le plus loin possible, jusque sur le vagin, sans s'alarmer des hémorragies veineuses qui peuvent se produire à ce moment. Trois conditions sont indispensables : la vessie doit être vide, l'utérus doit être attiré énergiquement en haut, de la main gauche; il faut rester bien *médian*. C'est le temps essentiel qui permet de dégager convenablement les utérines, en essuyant doucement à la compresse, de haut en bas, les bords de l'utérus, et de protéger plus efficacement les uretères entraînés vers le bas par le refoulement de la vessie, alors que les tractions sur le fond utérin tendent à extérioriser la zone des ligatures. On ne doit pas voir les uretères au cours de cette manœuvre.

B. — Protection du rectum.

Il est bon, alors, de protéger le rectum en tapissant le Douglas par un champ abdominal, ce qui augmente aussi la luminosité du fond du bassin.

C. — Pincement des utérines.

C'est un des temps les plus modifiés dans la technique de M. J. Villar, qui utilise de chaque côté une seule pince verticale.



Détail de la pose de la pince utérine.

Nous allons rappeler brièvement les principaux types de techniques en usage, et nous montrerons les avantages de la méthode utilisée dans le service de M. le Professeur Guyot.

Ces techniques se ramènent en dernière analyse à trois types principaux :

- la technique de M. Walther;
- celle de M. Gosset;
- celle de M. Wiart.

a) TECHNIQUE DE WALTHER.

On coupe l'utérine au niveau de l'isthme, puis on décortique aux ciseaux le col utérin dans toute sa hauteur pour sectionner le vagin le long de son insertion utérine, point d'élection. On lie l'utérine en passant le fil dans l'angle du vagin, et ainsi on la soude à ce dernier, ce qui efface toute la zone décortiquée entre l'artère et lui. Or, cet effacement ne suffit certainement pas pour assurer une hémostase parfaite, puisqu'il prévoit le pincement de quelques artérioles à pincer isolément.

b) TECHNIQUE DE M. GOSSET.

On assure l'hémostase par une seule pince prenant obliquement les vaisseaux et atteignant par son extrémité le cul-de-sac latéral du dôme vaginal. On lie ainsi l'utérine et toutes les branches descendantes cervico-vaginale et vaginale supérieure et l'on peut ainsi sectionner à blanc toute la partie supérieure du vagin.

c) TECHNIQUE DE DIAMANT-BERGER ET WIART.

On pince les utérines à 1 cm. 5 environ au-dessous de l'isthme, bien perpendiculairement à l'utérus.

On sectionne aux ciseaux le pédicule utérin, à 2 millimètres environ du bord supérieur de la pince. Cette section entame de 1 à 2 millimètres le bord de l'utérus, au-dessus du bec de la pince.

On attire en dehors la pince de J.-L. Faure en maintenant l'utérus du côté opposé, et dans l'écart ainsi produit on place une pince verticale, parallèle au bord de l'utérus, et que l'on fait descendre exactement jusqu'au cul-de-sac latéro-vaginal, plutôt un peu trop bas qu'un peu trop haut, afin de pincer à coup sûr l'artère cervico-vaginale que les travaux de l'auteur, en particulier ses radios après injection de lipiodol, démontrent être la véritable artère du col utérin.

TECHNIQUE UTILISÉE DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR GUYOT.

PROCÉDÉ M. J. VILLAR.

On place uniquement une pince verticale, qui saisit l'utérine au niveau de son coude. On n'arrive pas tout à fait

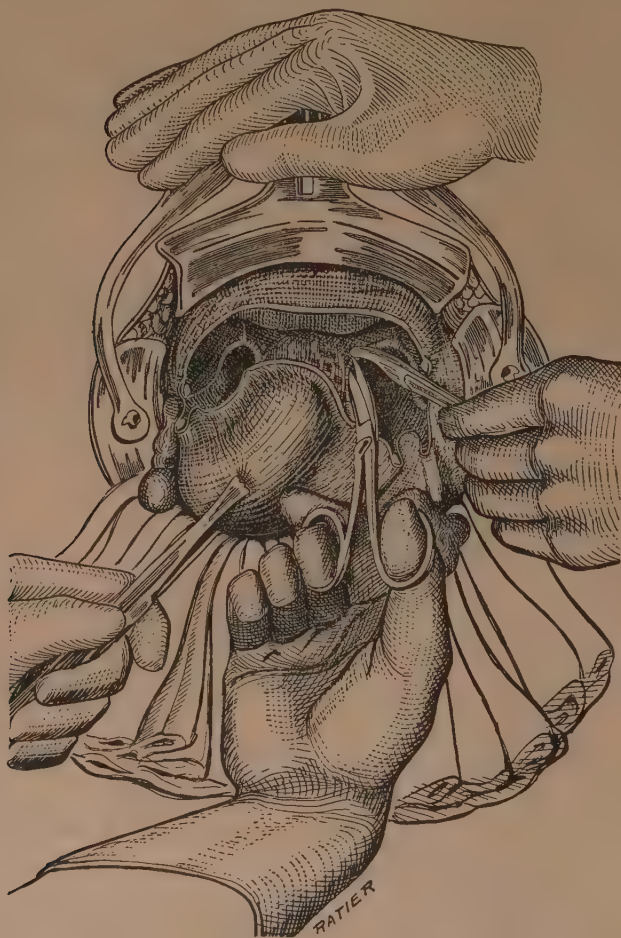


FIG. 1. — Pose de la pince verticale.

jusqu'au dôme vaginal. La formule est l'inverse de celle de M. Wiart, plutôt un peu trop haut qu'un peu trop bas.

Ainsi on ne pince pas le tronc cervico-vaginal. On suppléera

à ceci par la désinsertion haute du vagin et par le pincement des commissures du vagin, comme nous l'exposerons dans le prochain paragraphe.

On pince ainsi l'utérine et les rameaux supérieurs de la cervico-vaginale.

On évite ainsi plusieurs dangers :

1° *La production d'escarres vésicales.* — Dans quelques cas, l'artère vésicale se détache du tronc cervico-vaginal, et cela fort tard. La pince verticale, très basse, utilisée par M. Wiart, pince ce tronc vésical, et Pascalis rapporte récemment 2 cas d'escarres vésicales avec fistules vésico-vaginales sur 25 opérations.

2° *Les dangers de blessure de l'uretère.* — En réalité, on exagère souvent les risques de blessure de l'uretère. Sur les radiographies de Diamant-Berger, l'uretère est très loin des pinces verticales, même dans le cas où la vessie n'a pas été décollée ni l'utérus attiré vers le haut, où cette distance se trouve par ces manœuvres augmentée du double au triple. D'où sécurité quasi absolue.

3° *Les dangers de l'ouverture involontaire du vagin.* — Dans toutes les techniques utilisant la pince verticale, on fait descendre la pince jusqu'au contact du vagin, et lors de la section du pédicule pincé il arrive, rarement d'ailleurs, que l'on sectionne involontairement le vagin. Ce risque n'existe pas dans la technique de M. Villar, où la pince se trouve très haut au-dessus du cul-de-sac latéro-vaginal.

4° Enfin, l'hémostase de cette pince verticale basse est toujours très délicate. Il faut employer une pince de J.-L. Faure et faire très attention au moment de placer son fil. Au contraire, dans notre technique, l'hémostase est facile et se fait avant.

D. — Section du vagin.

C'est un temps dangereux, septique. Il faut ioder le vagin au début de l'anesthésie; on disposera des compresses dans le Douglas pour se protéger des liquides qui pourraient s'écouler.

La section du vagin présente un autre danger : Elle est exsangue si elle est faite au point optimum, c'est-à-dire au niveau de son insertion utérine, car les branches supérieures de la cervico-vaginale sont liées et il n'y a plus sur la face antérieure et la face postérieure que des artérioles tout à fait minimes.



FIG. 2. — Incision du vagin.

Si l'on coupe trop bas, le vagin saigne.

Tous les auteurs sont d'accord là-dessus. Diamant-Berger dit : « Il faut et il suffit que la section se fasse dans un plan horizontal, situé à 1 ou 2 millimètres au-dessus de la ligne qui joint les deux extrémités des pinces. »

C'est pour éviter que le vagin saigne que l'on pose en général très bas les pinces verticales.

Il est, en effet, difficile de trouver au doigt l'insertion du col. Le doigt déprime le vagin, l'on sent le col sur toute sa hauteur, et l'on risque de se tromper d'un bon centimètre.

Nous préconisons dans notre technique un moyen quasi mathématique de déterminer l'insertion du vagin, et d'une extrême simplicité :

Avec une pince à griffes ordinaires, on fait sur la face antérieure du vagin un pli vertical. Ce pli s'arrête là où s'arrête le -vagin, c'est-à-dire à son insertion sur l'utérus. Le sommet du pli est donc l'endroit où l'on peut couper d'une façon optimum, sans que rien ne saigne.

Le dessin ci-contre rend d'ailleurs parfaitement compte de ce temps, où d'un coup de ciseaux en bonne place on ouvre carrément le vagin.

On érigne alors solidement le col avec une pince de Museux et on le bascule fortement vers le haut, ce qui permet de mettre en évidence la zone d'insertion vaginale. Aux ciseaux, rasant le col, on désinsère le vagin des deux côtés de la ligne médiane jusqu'au niveau des commissures vaginales.

E. — Pincement des commissures vaginales.

Nous faisons de cette manœuvre un temps spécial. On pourrait d'ailleurs s'en dispenser dans bien des cas, et à condition de suivre aux ciseaux la zone d'insertion vagino-utérine sur les faces latérales et postérieures du col, à condition de passer au-dessus de l'insertion des ligaments utéro-sacrés, on peut espérer en effet avoir une hémostase suffisante. Mais ce n'est pas sûr, par suite de l'existence fréquente au niveau de cette commissure vaginale d'un paquet veineux important et même de quelques rameaux artériels provenant de la vaginale longue, voire même de la présence de vais-

seaux anormaux au niveau des utéro-sacrées le plus souvent avasculaires. Pour toutes ces raisons et pour que l'hémostase soit parfaite et que surtout il n'y ait plus à y revenir, nous employons la manœuvre suivante :



FIG. 3. — Pose des pinces commissurales à vagin ouvert.

A vagin ouvert, et par conséquent sous le contrôle de la vue, on tire fortement l'utérus du côté gauche et l'on place une pince qui étire à la fois la terminaison de l'utéro-sacrée et la commissure vaginale. On répète la manœuvre de l'autre côté, et il ne reste plus alors qu'à achever de sectionner le vagin au-dessus des deux pinces commissurales.

F. — Ligatures.

Il ne doit plus rester dans le champ opératoire que les deux pinces commissurales. Toutes les autres ligatures ont dû être placées avant l'ouverture du vagin.

L'hémostase de ces deux pinces est des plus simples. Le fil passe à travers les deux parois antérieures et postérieures du vagin, et le nœud se fait au-dessous de la pince sur la face externe du conduit. On pratique la même manœuvre des deux côtés, et il ne reste plus de l'ouverture vaginale qu'un petit orifice médian, dont les deux lèvres antérieures et postérieures doivent être repérées par des pinces égrignées. Il est alors très simple, à l'aide d'un clamp courbe, de placer un drain vaginal et de le fixer ensuite aux deux lèvres antérieures et postérieures du vagin.

G. — Péritonisation ou Mikulicz.

Suivant les cas, on emploiera l'une ou l'autre de ces méthodes. Ces deux techniques n'offrent rien de particulier dans l'opération qui nous occupe, et nous ne croyons pas devoir les décrire.

*
**

La technique que nous avons exposée repose sur ce principe : Il faut, toutes les fois que cela sera possible, éviter la section des troncs artériels, et n'interrompre un territoire vasculaire qu'au niveau de son plus fin réseau artériolaire.

On évite ainsi le danger de l'hémorragie, et l'on respecte entièrement la vascularisation des organes laissés en place.

En ce qui concerne l'hystérectomie, les progrès de la technique ont pour but de permettre les ligatures de l'artère utérine de plus en plus loin de son origine. Le perfectionnement apporté par la technique de M. J. Villar représente le dernier terme de cette évolution.

CHAPITRE III

RESULTATS

Pour illustrer cette description, nous ne rapportons que 5 observations, car la technique n'est utilisée dans toute sa perfection que depuis trois mois seulement.

Chez ces malades, l'opération a été aisée, l'hémostase facile; le champ opératoire est toujours resté exsangue; aucune complication n'a troublé les suites opératoires. On ne relève pas d'ascension thermique pouvant témoigner d'un hématome profond; aucune hémorragie vaginale ne s'est produite.

Enfin, bien que le nombre d'observations soit insuffisant pour porter un jugement définitif sur ce point, il n'y a eu en aucun cas de complications vésicales.

Observations.

OBSERVATION I.

(Service de clinique gynécologique du Professeur GUYOT.)

Jeune femme de 28 ans. Métro-annexite chronique d'origine gonococcique durant depuis quelques années. A fait plusieurs crises de pelvipéritonite. Le col est énorme, ulcéré, avec des œufs de Naboth. Intervention en août 1934 par le Docteur J. Villar, aidé de M. Darmaillacq, interne (Hôpital Boursier).

On trouve une annexite bilatérale importante et on décide une hystérectomie totale vu l'état du col. Celle-ci est menée suivant la technique que nous avons décrite. Elle se fait très facilement

et d'une façon parfaitement exsangue. Drain vaginal et mèche iodoformée. Cloisonnement du petit bassin à la Chaput. Durée de l'opération : trente-cinq minutes.

Suites opératoires. — Pouls rapide mais sans température pendant quarante-huit heures. Aucune hémorragie vaginale. Cependant, la mèche, très adhérente, n'a pu être enlevée que vers le dixième jour, chaque tentative s'accompagnant d'un petit écoulement sanguin. L'orifice vaginal mit un certain temps à se cicatriser. La malade quitte, guérie, le service au bout de deux mois.

OBSERVATION II.

(*Ibid.*)

Femme âgée de 60 ans, atteinte de néo du corps vérifié par curetage biopsique. L'état général et l'état cardiaque laissent beaucoup à désirer, et ce n'est qu'après un mois de traitement médical que l'on se décide à intervenir. Opération en août 1934 par le Docteur J. Villar, aidé du Docteur Courriades, chef de clinique (Hôpital Boursier).

On part pour une hystérectomie vaginale : on incise circulairement le vagin et on se rend compte immédiatement qu'il est impossible d'abaisser l'utérus. Dans ces conditions, on ne s'entête pas et l'on retourne la malade pour l'attaquer par laparotomie médiane. On pratique alors l'hystérectomie totale par la technique que nous avons décrite. Cette opération est rendue difficile par le fait d'une légère infiltration du paramètre droit qui explique l'impossibilité d'abaisser l'utérus et qui fait se féliciter le chirurgien de ne pas s'être obstiné par voie basse. Mais la section première du vagin aida beaucoup à l'exécution de cette hystérectomie totale. Excellente hémostase. Péritonisation à la Chaput. Drain vaginal et mèche iodoformée.

Suites opératoires. — Quoique l'opération ait été relativement rapide et se soit passée sans incident, on était un peu inquiet vu l'état général de la malade. Contre toute attente, les suites furent parfaitement simples et normales. La malade quitta le service au

bout d'un mois et demi, tout à fait guérie, ayant été simplement retardée par un phlegmon du pli du coude, dû à une injection ratée de sérum hypertonique.

OBSERVATION III.

(*Ibid.*)

Malade âgée de 40 ans, ayant subi il y a quatre ans une opération césarienne. Entre à l'Hôpital Boursier en juillet 1934, pour prolapsus utérin avec allongement hypertrophique du col. La vaginale est contre-indiquée par la césarienne basse subie précédemment et par l'existence d'une annexite gauche.

Opération en août 1934 (par le Docteur J. Villar, aidé de Darmaillacq). Hystérectomie totale par la technique décrite. Opération qui eût été tout à fait typique si les adhérences retirées vésico-utérines dues à la césarienne n'avaient compliqué l'hémostase. Vagin exsangue à la section. Mèche iodoformée et drain vaginal. Péritonisation en surjet avec deuxième plan colosigmoïdien.

Suites opératoires tout à fait simples : Aucune hémorragie. Drain et mèche enlevés le sixième jour. Sort guérie le vingt-deuxième jour.

OBSERVATION IV.

(*Ibid.*)

Femme de 50 ans, ménopausée depuis deux ans, présentant depuis six mois d'importantes métrorragies, parfois précédées de coliques utérines.

Antécédents, rien à signaler.

A l'examen : Col déchiré de multipare, utérus trop gros pour l'âge, dilatation aux lamineaires, suivie de curetage explorateur qui retire des débris certifiés néoplasiques par le laboratoire (diagnostic : épithélioma cylindrique).

Opération le 10 septembre 1934 (Docteur Courriadès, aide Darmaillacq). Incision médiane sous-ombilicale. On trouve l'utérus

mobile, augmenté de volume, et des annexes ne présentant rien d'anormal. On pratique l'hystérectomie suivant la technique décrite. La section du vagin est exsangue. Seules quelques ligatures doivent être placées dans le tissu cellulaire avoisinant.

On met deux pinces au ras des commissures, en prenant les ligaments utéro-sacrés. On lie le vagin à l'ordinaire. Mise en place d'un drain vaginal et d'une mèche iodoformée dans le petit bassin.

Péritonisation en prenant les deux lèvres de la section péritonéale. Fermeture en trois plans. Durée de l'opération : trente-six minutes.

Suites opératoires parfaites. Ablation du drain le quatrième jour; de la mèche, le huitième.

Lever le quinzième jour.

OBSERVATION V.

(*Ibid.*)

Femme de 28 ans, présentant une vieille métro-annexite, avec métrite importante du col et du corps; l'utérus paraissant mobile, on décide l'hystérectomie totale.

Opération le 8 octobre (Docteur Courriades, aidé de M. Darmailacq). Après laparotomie, on commence l'opération comme une hystérectomie à la Delagenière. On pratique l'hémostase et l'ouverture du vagin comme dans le cas précédent. La tranche vaginale est complètement exsangue. Mise en place d'un seul drain. Péritonisation en suturant le péritoine vésical à la tranche du péritoine pariétal postérieur. Durée : trente minutes.

Suites opératoires. — Dans la nuit, la malade présente une hémorragie assez importante. Examen aux valves. La tranche vaginale ne paraît pas saigner et le sang semble venir du tissu cellulaire avoisinant.

Mise en place d'une mèche imbibée d'hémostyl, qui arrête définitivement l'hémorragie.

Ablation de la mèche deux jours plus tard.

Suites parfaites.

CONCLUSIONS

Les deux grandes difficultés de l'hystérectomie totale sont de pallier à la septicité du vagin et d'assurer une bonne hémostase en évitant à coup sûr les escarres vésicales.

1° On ne peut pas supprimer entièrement les dangers de l'ouverture du vagin.

2° Nous proposons une technique qui permet d'assurer une hémostase parfaite :

- a) par la section du vagin au niveau de son insertion utérine;
- b) en modifiant la position de la pince verticale et en prenant seulement les branches du tronc cervico-vaginal sans prendre le tronc lui-même;
- c) par repincement supplémentaire, à vagin ouvert, des commissures vaginales.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*
PIERRE MAURIAC.

Le Président,
J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 14 décembre 1934.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- AMREICH. — Die supravaginale. Amputation und die vaginale und abdominale. Total extirpation bei Myomen, Adueren Extra-uterine graviditate und benignen ovarialzystomen. *Zeitschr. für Geburtch. und Gynak.*, Stuttgart, 1924, t. LXXXVIII.
- ANGELESCO. — Hystérectomie abdominale totale pour tumeurs fibreuses de l'utérus. Thèse Paris, 1897-1898, n° 69.
- AUDARD (E.). — Le drainage vaginal du péritoine après l'hystérectomie abdominale totale pour annexites suppurées. Thèse Paris, 1902-1903, n° 487.
- AUBERT (V.). — La désinsertion vaginale dans l'hystérectomie abdominale totale. *Marseille médical*, 1922, LIX.
- Hystérectomie abdominale totale pour fibrome. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Marseille*.
- BALDWIN (J. F.). — The technic of abdominal hysterectomy. *Trans. Amer. Assoc. in Obst. and Gyn.*, 1916, New-York, 1917, XXIX.
- The technic of abdominal hysterectomy. *Amer. Journ. obst.*, New-York, 1917.
- BAUER (C. P.). — Comparative study of convalescence of 150 selected cases of vaginal supravaginal and total abdominal hysterectomy.
- BAZY (L.). — Technique de l'hystérectomie par décollation antérieure pour double salpingite adhérente. *Rev. de gyn. et de chir. abd.*, 1912, XIX.
- BAZY (L.) et CHAMBARD. — Indication et résultats de l'hystérectomie par décollation antérieure. *Ibid.*,

- BOECKEL. — De l'hystérectomie abdominale totale et subtotale.
Rev. de gyn., 1906, X.
- CHASSOT. — Les résultats de l'extirpation totale de l'utérus dans les myomes utérins. *Rev. méd. de la Suisse romande*, Genève, 1908, XXVIII.
- CHAPUT. — Nouvelle méthode d'hystérectomie abdominale totale.
Rev. de gyn., 1906.
- Contribution à la technique de l'hystérectomie abdominale totale et subtotale. *Ibid.*, Paris, 1910, XV.
- CHAPEYRON (B.). — De l'hystérectomie abdominale totale comme premier temps de l'extirpation des salpingites purulentes. Thèse Bordeaux, 1898-189, n° 7.
- CHEVRIER. — Hémostase dans l'hystérectomie abdominale totale. L'hystérectomie abdominale subtotale ou en deux temps. *Ann. de gyn. et d'obst.*, Paris, 2^e sem., 1910, n° 7.
- DAELS. — Indication et technique de l'hystérectomie abdominale, *Bull. de l'Acad. royale de méd. de Belgique*, Bruxelles, 1929, XXIX.
- DARTIGUES (P.). — L'hystérectomie abdominale totale avec drainage péritonéal direct, *Presse médicale*, 1921.
- DEAYER. — *Hysterectomy. Journ. of Amer. med. Assoc.*, 1912, LIX.
- DE BOVIS. — Hystérectomie totale ou subtotale dans le traitement des myomes utérins. *Semaine médicale*, Paris, 1912, XXXII.
- DEDET. — Hystérectomie abdominale totale pour suppurations pelviennes. Thèse Paris, 1906.
- DELAGENIÈRE. — De l'hystérectomie abdominale totale pour fibromyomes de l'utérus. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1893, XXI.
- DESMAREST et DESCOMPS. — Hémostase dans l'hystérectomie totale. *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, Paris, 1909, LXXIV.
- DESMARETS. — L'hystérectomie subtotale. *Journ. de chir.*, avril 1927.
- DIAMANT-BERGER. — De l'hystérectomie abdominale totale. Thèse Paris, 1929.

DOYEN (E.). — Hystérectomie abdominale totale (procédé personnel). *Arch. prov. de chir.*, 1892.

EDGE (F.). — Abdominal panhysterectomy for large fibromyomata of the uterus. *Birmingham Med. Rev.*, 1896, XL.

ESCUDIE. — Thèse Paris, 1929.

FAURE (J.-L.). — Sur un nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale, la section médiane de l'utérus. *Presse médicale*, 1897, n° 11, 237, et IX^e Congrès franç. de chir., 1898.

— L'hystérectomie subtotale et l'hystérectomie totale. *La Gynécologie*, 1908, XII.

— De l'hystérectomie abdominale totale. *Presse médicale*, 1933, n° 3.

FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale. Doin, 1911.

FISCHER (L. C.). — Complete extirpation, illustration of dissection and anatomical relation. *Bull. of the Davis-Fischer Sanatorium*, Atlanta, Baltimore, n° 1, juin 1928.

FORGUE (E.). — Hystérectomie totale et subtotale. *Presse médicale*, 1932, n° 78.

FROMME. — Ueber die blutstillum bu der abdominalen karcinomoperation. *Zeitschr. für Geburtch. und Gyn.*, Stuttgart, 1912, t. 71, p. 321.

FERRARI. — Le cancer du moignon cervical.

GHEORGHIU. — Rapport sur un mémoire de Daniel intitulé : Quelques considérations sur l'hystérectomie abdominale totale et subtotale. *Bull. de la Soc. de chir.*, Bucarest, 1906-1907, t. 9, p. 220.

GELDER. — Technic of hysterectomy used in the clinics of Boston Cooke Hirst. *Surg. Gyn. and Obst.*, 1910, t. 11, p. 85.

GELPI. — Auseful hysterectomy clamp. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1916, t. 66, p. 113.

GOSSET. — Technique de l'hystérectomie totale avec drainage vaginal pour annexite suppurée. *Journ. de chir.*, 1909-1910, t. III, p. 1.

- GUDIN. — Nouveau procédé d'hystérectomie totale par section aseptique du vagin sans drainage vaginal. *Paris médical*, 1919, XXXIII, p. 211.
- GOSSET et MILIANITCH. — Hystérectomie abdominale totale pour fibrome. *Ann. de méd. et de chir.*, t. I, n° 1, Arnette, édit., 1 vol.
- HARTMANN. — L'hystérectomie abdominale totale. Sa technique opératoire et ses indications. *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1897, XLVIII, 1, 14.
- Gynécologie opératoire. Traité de médecine opératoire et thérapeutique chirurgicale. Hartmann, Berger et Lecène.
- HERTYLER. — Technic of abdominal hysterectomy. *Journ. of Amer. Med. Assoc.*, Chicago, 1908, LI, p. 1563.
- HIRST. — The results of anterior abdominal hysterectomy. *Amer. Journ. Obst.*, New-York, 1917, LXXV, p. 684.
- JAYLE. — Technique de l'hystérectomie abdominale totale. *Presse médicale*, 1908, XV, p. 17.
- LERMANDER. — Ueber abdominal Myomoperationen mit besonderer Berücksichtigung der Totalexstirpationen des Uterus wegen Myom. *Cent. für Gyn.*, 1892, XVI, 242; 1893, XVIII, 831.
- LUTRYKO. — Technisches und anatomisches zur Radikuloperation des Gebärmutterdrüseses. *Wien. Klin. Wochenschr.*, 1919, XXXII, p. 889.
- LEDoux. — Hystérectomie abdominale totale avec drainage. Indications. Technique opératoire. Drainage associé. Thèse Paris, 1925.
- LAHEY. — Simple method of remoomy panhysterectomy. *Amer. Med. Assoc.*, n° 90, 25 févr. 1928.
- LECÈNE. — Remarques sur le procédé de dédoublement du col dans les hystérectomies totales, décrit par Desmarests. *Journ. de chir.*, t. XXIX, 1927.
- MARTIN. — Cité par Richelot comme le promoteur de l'hystérectomie totale. *Cent. für Gyn.*, 1889, n° 40, et *Zeitschr. für Geburtch. und Gyn.*, 1890, XX, p. 1.
- Maladies des femmes, 1893, p. 261.
- MAYO (DE). — Carcinoma of the cervical stump. *Ann. of Surg.*, t. XCIII, 1931.

- MOURILHON. — Thèse Paris, 1904.
- MONOD et VANVERTS. — Traité de technique opératoire, 1908, t. II, 883.
- MASSON (James). — Total versus subtotal abdominal hysterectomy. *Journ. of Obst. and Gyn.*, 1927.
- PAUCHET. — Comment doit-on drainer le petit bassin après intervention sur l'utérus et les annexes ? *Arch. prov. de chir.*, 1906, t. 15, p. 603.
- Pratique chirurgicale illustrée, fasc. 5.
- PARRICAL DE CHAIMNARD. — L'hystérectomie abdominale totale pour annexite suppurée. Thèse Paris, 1907-1908.
- POLAK. — Advantages an technic of total hysterectomy. *Medical Record*, New-York, 1920, t. 98.
- PUISAN. — La question de la cancérisation du col cervical. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, XXV, n° 11.
- PAPIN (F.). — A propos des cicatrices vaginales après les hystérectomies totales et les opérations de Wertheim. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, Paris, 1922, t. 11, p. 711.
- PASCALIS. — Procédés d'hystérectomie totale. *Journ. de méd.*, Paris, 12 janv. 1933.
- RICHELOT. — De l'hystérectomie abdominale totale. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1891, t. 23, p. 14.
- *Ibid.*, 1897, et *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1897.
- De la dégénérescence maligne du moignon cervical après hystérectomie subtotale pour fibrome. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1903, t. 29, p. 940.
- REINECK. — Ueber abdominelle total extirpationen des uterus mit sagi Haler Staltury des Cervistumfs bei cervix myoms. *Deupts. Med. Wochenschr.*, 1905, t. 31, p. 537.
- RICARD. — Du procédé de la décollation antérieure dans l'hystérectomie abdominale. *Gaz. des hôp.*, 1913, p. 985.
- ROYSTER. — Hysterectomy for fibroids. *South Med. Journ.*, Birmingham, 1917, t. 10, p. 412.
- ROCHARD. — Des avantages de l'hystérectomie abdominale totale, principalement dans les suppurations pelviennes. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1918, p. 356.

- RICHARDSON. — Simplified technic for abdominal panhysterectomy. *Amer. Med. Assoc.*, n° 90, 1928.
- SECOND. — *Bull. de la Soc. de chir.*, juill. 1897.
- SEUREL. — Le péritonisation et l'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations pelviennes chroniques. XVI^e Congrès franç. de chir., 1909, *Arch. prov. de chir.*, 1905, t. 19, p. 236.
- SPENCER (H.). — Total abdominal hysterectomy for myoma. *Brit. Med. Journ.*, 25 juin 1932.
- SCHMITD. — Anatomish Untersuchungen zur fragedes unteren uterinesegment. *Zeitschr. für Geburtch. and Gyn.*, Stuttgart, 1922, t. 80, p. 333.
- VAN HOOSSEN. — Technic for bloodless hysterectomy. *Surch. Gyn. and Obst.*, 1919, t. 29, p. 496.
- WIART. — Hystérectomie totale. *Journ. de chir.*, 1929.
- WILLIS. — The factor of mortality in the operation of hysterectomy. *Surg. Gyn. and Obst.*, 1908, t. 7, p. 54.
- VILLANDRE et LEDOUX. — L'hystérectomie abdominale totale. *Paris chirurgical*, 1925, t. 17, p. 97.
- WORRALL. — The technic of total hysterectomy for nomalignent conditions. *Amer. Journ. Obst.*, New-York, 1917, t. 76, p. 894.
- WELPTON. — Hysterectomy : A new technic and its special advantages. *Women Med. Journ.*, 1917, t. 27, p. 130.

